

NUMÉRO D'ÉTUDE :

^A
Biopsie facultative

La biopsie qui doit être pratiquée est exclusivement à des fins de recherche et ne vous sera pas utile. IL est possible qu'elle aide d'autres personnes à l'avenir. Même si vous signez et donnez votre aval pour que soit pratiquée la biopsie, vous pouvez changer d'avis à tout moment. Veuillez lire chacune des phrases ci-dessous et réfléchir à votre choix. Après avoir lu chaque phrase, encerclez et paraphez la réponse qui vous convient. La décision de participer à cette partie de la recherche est facultative et quelle que soit votre décision, elle n'aura aucun effet sur vos soins.

J'accepte de subir une biopsie d'une tumeur pour les tests de recherche de cette étude.

Oui _____ Non _____ Non applicable à cette étude _____ Initiales _____

Études facultatives

Nous aimerions conserver une partie des tissus, du sang et de l'urine qui ont été prélevés pour de futures recherches. Ces prélèvements seront identifiés par un numéro et non pas par votre nom. Ces prélèvements seront utilisés à des fins de recherche uniquement et ne vous seront pas utiles. Il est aussi possible que ces prélèvements qui auront été conservés ne soient jamais utilisés. Les résultats de la recherche effectuée sur vos prélèvements ne seront pas mis à votre disposition ni à celle de votre médecin. Il est possible qu'elle aide des personnes atteintes d'un cancer et d'autres maladies à l'avenir.

Si vous décidez maintenant que vos tissus, votre sang et votre urine peuvent être conservés à des fins de recherche, vous pouvez changer d'avis à tout moment. Il vous suffit de nous contacter et de nous faire savoir que vous ne souhaitez plus que nous utilisions vos tissus, votre sang et votre urine. Dans ce cas, les tissus, le sang et l'urine restants seront détruits.

Veuillez lire chacune des phrases ci-dessous et réfléchir à votre choix. Après avoir lu chaque phrase, encerclez et paraphez la réponse qui vous convient. Quelle que soit votre décision, elle n'aura aucun effet sur vos soins.

1. Mes prélèvements de tissus, de sang et d'urine peuvent être conservés à des fins de recherche pour comprendre, prévenir ou traiter le cancer.

Oui _____ Non _____ Initiales _____

2. Mes prélèvements peuvent être conservés aux fins d'être utilisés pour comprendre, prévenir ou traiter d'autres problèmes de santé (par exemple : diabète, maladie d'Alzheimer ou maladie du cœur).

Oui _____ Non _____ Initiales _____

3. Quelqu'un peut me contacter à l'avenir pour me demander l'autorisation d'utiliser mon ou mes prélèvements dans une nouvelle recherche non couverte par ce formulaire de consentement.

Oui _____ Non _____ Initiales _____

DOSSIER MÉDICAL	ADDENDUM DU NCI AU QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ : À CONSERVER POUR UNE UTILISATION FUTURE • Patient adulte ou • Parent, pour un patient mineur
------------------------	--

NUMÉRO D'ÉTUDE :

PATIENT IDENTIFICATION	NCI ADDENDUM TO SHORT FORM – STORAGE FOR FUTURE USE • Adult Patient or • Parent, for Minor Patient NIH-2514-5 (2-11) Short Form Template P.A.: 09-25-0099 File in Section 4: Protocol Consent
-------------------------------	--